



SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
*dal 1877*



SMS PROFESSIONI  
in mutualità mediata  
con S.n.m.s. Cesare Pozzo

# Tutela Pro Medium

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto



— SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
*dal 1877*

# Tutela Pro Medium

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

# TUTELA PRO MEDIUM

## FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo - **Euro 1.020,00** (*milleventi/00*)

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Tutela Pro Medium** può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto tra l'Ente e la *CesarePozzo*, purché all'atto della domanda di ammissione alla Società abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato il settantacinquesimo anno di età.

I soci che compiono il settantacinquesimo anno di età sono collocati nella forma di assistenza base **Tutela Pro Small** con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo all'evento.

## ALLEGATO AL REGOLAMENTO

# AREA RICOVERO

## 1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE, RETTA GIORNALIERA

### 1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime 2 notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) euro 30,00 (trenta/00), se durante il ricovero il socio sia stato sottoposto a un intervento chirurgico oppure per infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali;
  - b) euro 15,00 (quindici/00), se durante il ricovero l'avente diritto sia stato sottoposto a un intervento chirurgico oppure per infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali.
- Sono esclusi i casi di ricovero in regime di day hospital, di lungodegenza o per emodialisi. Al socio, nel caso di ricovero di un suo avente diritto, il sussidio spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare.

### 1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

- a) euro 100,00 (cento/00) per il ricovero del socio;
- b) euro 50,00 (cinquanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.*

### 1.3 Cure oncologiche

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche in forma ambulatoriale o di degenza in day hospital, spetta il sussidio, per ogni giorno di trattamento, nelle seguenti misure:

- a) euro 25,00 (venticinque/00) per il socio;
- b) euro 25,00 (venticinque/00) per l'avente diritto.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

*Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.*

#### **1.4 Retta giornaliera per camere a pagamento**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera e che abbia sostenuto delle spese per la retta di degenza in camera a pagamento, dopo i primi 2 giorni consecutivi di ricovero spetta un rimborso massimo giornaliero, nelle seguenti misure:

- a) euro 60,00 (sessanta/00) per il socio;
- b) euro 30,00 (trenta/00) per l'avente diritto.

Il rimborso viene erogato purché il socio o il suo avente diritto sia stato sottoposto a un intervento chirurgico oppure per infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali e comunque per un massimo di 30 giorni nell'anno solare per nucleo familiare.

##### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
  - b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
  - c) Data di emissione
  - d) Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
  - e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
  - f) Indicazioni di quietanzamento.

#### **1.5 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il ricovero è dovuto a infortunio.

## **2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI**

#### **2.1 Norme e importi del sussidio**

Al socio nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (allegato A), per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- d) retta di degenza;
- e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, tratta-

menti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;

f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;

g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;

h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente e agli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;

i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero, per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00).

## **2.2 Percentuale di rimborso**

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario A, (euro 10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento, euro 50.000 (cinquantamila/00) per i trapianti e per evento).

Il sussidio di cui al precedente punto 2.1 viene erogato alle seguenti condizioni:

a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;

b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f) g) h) i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;

c) in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari al 80% della spesa sostenuta.

## **2.3 Assistenza di ricovero ospedaliero**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 10 giorni, come di seguito specificato:

a) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliera per ricovero in Italia;

b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliera per ricovero all'estero.

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza di ricovero ospedaliero.

## **2.4 Età minima degli aventi diritto**

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

## **2.5 Sussidio di ricovero ospedaliero**

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

## **2.6 Esclusione della cumulabilità del sussidio**

Qualora siano richiesti i rimborsi lettera a) b) c) d) e) di cui al precedente punto 2.1, il socio, per se stesso o per un suo avente diritto, deve rilasciare attestazione scritta circa l'operatività, o meno, di polizze integrative e/o assicurazioni sanitarie e/o adesione a Società di Mutuo Soccorso e/o Fondi Sanitari, al fine del calcolo del contributo integrativo erogabile da parte della Società, essendo esclusa, in qualsivoglia caso, la cumulabilità del sussidio in esame - nei limiti dei citati rimborsi - con altre tutele sanitarie.

Il socio deve pertanto presentare attestazione in cui si dichiara che si tratti dell'unico rimborso richiesto.

È altresì obbligatorio presentare la documentazione di spesa unicamente in originale che sarà restituita successivamente con indicato, sulla ricevuta, l'eventuale importo sussidiato.

## **2.7 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato*

2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*

a. *Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)*

b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*

c. *Data di emissione*

d. *Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni*

e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*

f. *Indicazioni di quietanzamento*

3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

## 3 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

### 3.1 Diritto al sussidio e suo importo \_\_\_\_\_

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) come rimborso delle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi 6 mesi di vita.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

### 3.2 Periodo di carenza \_\_\_\_\_

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato
- 2) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale

## 4 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

### 4.1 Sussidio assistenza domiciliare \_\_\_\_\_

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da operatori sanitari specializzati delle Cooperative sociali convenzionate con la Società:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

### 4.2 Periodo di carenza \_\_\_\_\_

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)*
  - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*
  - c. *Data di emissione*
  - d. *Numero e indicazione delle prestazioni di assistenza domiciliare sanitaria praticate*
  - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*
  - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Certificato medico attestante la malattia o la condizione del socio e la tipologia della prestazione domiciliare richiesta*

## **5 CICLI DI TERAPIE**

### **5.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico o infortunio, è riconosciuto un sussidio nelle seguenti misure:

- a) 100% del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale;
- b) 50% del documento fiscale con un massimo di euro 40,00 (quaranta/00), se i cicli di cure terapeutiche sono effettuate in libera professione intramurale.

Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni ricovero con intervento chirurgico o infortunio, con un massimo di 3 cicli nell'anno solare.

### **5.2 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a) *Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)*
  - b) *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*
  - c) *Data di emissione*
  - d) *Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate*
  - e) *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*
  - f) *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale*

## **6 VISITE SPECIALISTICHE**

### **6.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui visite specialistiche, presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le

strutture sanitarie private spetta un rimborso con le seguenti modalità:

a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

b) nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o libera professionale intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa fino a un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite, per anno solare e per ogni singola specializzazione, di 3 visite per il socio e 2 visite per ciascun avente diritto.

Tale limite di visite annue è elevato a 4 nelle specializzazioni di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia.

Per i precedenti punti a) e b) il sussidio è concesso fino a un massimo complessivo di euro 300,00 (trecento/00) nell'anno solare, per l'intero nucleo familiare.

## **6.2 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

## **6.3 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:

a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)

b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica

c) Data di emissione

d) Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate

e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo

f) Indicazioni di quietanzamento

2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale

## **7 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE**

### **7.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.

Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 5.500,00 (cinquemilacinquecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

### **7.1.1 Alta diagnostica strumentale**

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale i seguenti esami:

- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn)
- scintigrafia;
- tomografia ad Emissione di Positroni (Pet);
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

### **7.1.2 Alta specializzazione**

- a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
- b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
- c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta specializzazione i seguenti esami:

- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia.
- mineralometria ossea computerizzata.

### **7.2 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

### **7.3 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina

del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
  - a. *Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)*
  - b. *Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica*
  - c. *Data di emissione*
  - d. *Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate*
  - e. *Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo*
  - f. *Indicazioni di quietanzamento*
- 2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica*
- 3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

## **8 ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI**

### **8.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame diagnostico strumentale, spetta un rimborso, per ogni esame effettuato, con le seguenti modalità:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
  - b) nei casi di esame diagnostico strumentale in regime privato e/o libera professione intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa.
- Per i precedenti punti a) e b) il sussidio è concesso fino a un massimo complessivo di euro 400,00 (quattrocento/00) nell'anno solare, per l'intero nucleo familiare.

### **8.2 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

### **8.3 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
  - b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
  - c) Data di emissione
  - d) Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
  - e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
  - f) Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale

## **9 ESAMI DI LABORATORIO**

### **9.1 Diritto al sussidio e suo importo**

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per esami di laboratorio, effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private con le seguenti modalità:

- a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket).
  - b) nei casi di esami di laboratorio in regime privato e/o libera professionale intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa.
- I rimborsi di cui ai precedenti punti a) e b) sono riconosciuti fino a un massimo complessivo di euro 440,00 (quattrocentoquaranta/00) nell'anno solare, per l'intero nucleo familiare.

### **9.2 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

### **9.3 Esclusioni**

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
  - a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
  - b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
  - c) Data di emissione
  - d) Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
  - e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
  - f) Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale

## 10 ACQUISTO LENTI PER OCCHIALI

### 10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili al 50% le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con un contributo massimo di euro 120,00 (centoventi/00).

Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.

Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo.

La prescrizione medica verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a 12 anni e non più di una volta ogni 2 anni solari in tutti gli altri casi.

Successivamente alla prima volta il contributo spetta alla condizione, accertata dal medico, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria. Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

### 10.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:

- a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
- b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
- c. Data di emissione
- d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
- e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
- f. Indicazioni di quietanzamento

2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale.

3) Certificato di prescrizione del medico specialista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo)

## 11 PROTESI O PRESIDI SANITARI

### 11.1 Diritto al sussidio e suo importo

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 440,00 (quattrocentoquaranta/00) nell'anno solare, per le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche per i presidi sanitari e le protesi a seguito elencati:

a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, diva-

- ricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
- d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- h) protesi acustiche;
- i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
- l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- m) protesi oculare;
- n) plantari.

### **11.2 Prescrizione medica**

La necessità di presidi sanitari o di protesi dovrà essere certificata dalla prescrizione medica che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.

### **11.3 Esclusioni**

Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento e i materiali d'uso. Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

### **11.4 Periodo di carenza**

Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dal primo giorno del mese successivo al versamento del primo contributo associativo. Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni decorrente sempre a norma del precedente capoverso.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale") contenente:
  - a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
  - b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
  - c) Data di emissione
  - d) Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
  - e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
  - f) Indicazioni di quietanzamento
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale
- 3) Certificato di prescrizione del medico specialista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo)

## **12 PREVENZIONE ODONTOIATRICA**

### **12.1 Diritto al sussidio e suo importo \_\_\_\_\_**

Nel caso in cui il socio richieda per se stesso prestazioni odontoiatriche di prevenzione (ablazione del tartaro) presso Studi dentistici convenzionati con la Società, la stessa provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute preventivamente prese in carico.

Il sussidio è previsto una volta per anno solare.

### **12.2 Periodo di carenza \_\_\_\_\_**

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

## **13 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI**

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili.

## **14 MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE**

### **14.1 Massimali \_\_\_\_\_**

Tutti i massimali si intendono per iscrizioni complete per anno solare. Per iscrizioni avvenute durante il corso dell'anno solare, in cui non viene versato il contributo associativo per l'intera annualità, tutti i massimali della forma di assistenza sono rapportati alle frazioni di mesi per cui è stato versato il contributo.

## **NORME GENERALI**

### **DOCUMENTAZIONE**

*La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.*

### **IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE**

*Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetto ad IVA, rilasciato per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettato ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone.*

*Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo comunque non rimborsata dalla Società.*

### **TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA**

*Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.*

### **(\*\*) CARTELLA CLINICA**

*Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.*

\_\_\_\_ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
*dal 1877*

# **Interventi Chirurgici Sussidiabili**

## **Elenco e Tariffario**

### **Allegato A**

Per tutti gli interventi sussidiabili in elenco, che è tassativo e non meramente esemplificativo, spetta un rimborso massimo di 10.000 euro per ricoveri effettuati in strutture sanitarie convenzionate, strutture pubbliche, private o in libera professione, ad esclusione del trapianto d'organi che prevede un rimborso massimo di 50.000 euro, per spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, secondo le norme previste dal regolamento delle singole forme di assistenza base.

## **AI FINI DEL SUSSIDIO SI CONSIDERANO I SEGUENTI INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI:**

### **NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

### **CHIRURGIA GENERALE**

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

### **OCULISTICA**

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

## **CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

## **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica

- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

## **UROLOGIA**

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

## **GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

## **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

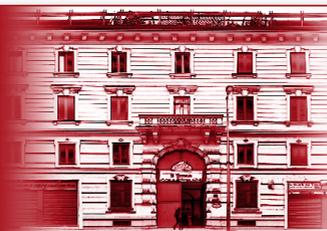
## **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

# Le nostre sedi in Italia

## SEDE NAZIONALE

Via S. Gregorio, 48  
20124 Milano  
Tel. 02.66726.1  
Fax 02.66726313  
[infocenter@mutuacesarepozzo.it](mailto:infocenter@mutuacesarepozzo.it)



## ABRUZZO

Via Grotte del Cavallone, 11  
65124 PESCARA  
Tel. 085.4212152  
Fax 085.4226442  
[abruzzo@mutuacesarepozzo.it](mailto:abruzzo@mutuacesarepozzo.it)

## BASILICATA

Viale Unicef  
c/o Centro Comm. Galassia  
85100 POTENZA  
Tel. 0971.58791  
Fax 0971.58914  
[basilicata@mutuacesarepozzo.it](mailto:basilicata@mutuacesarepozzo.it)

## CALABRIA

Via Caprera, 8  
89127 REGGIO CALABRIA  
Tel. 0965.331960  
Fax 0965.814305  
[calabria@mutuacesarepozzo.it](mailto:calabria@mutuacesarepozzo.it)

## CAMPANIA

Via Enrico Cosenz, 13  
80142 NAPOLI  
Tel. 081.261568  
Fax 081.289535  
[campania@mutuacesarepozzo.it](mailto:campania@mutuacesarepozzo.it)

## EMILIA ROMAGNA

Via Boldrini, 18/2  
40121 BOLOGNA  
Tel. 051.6390850  
Fax 051.6393659  
[emilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:emilia@mutuacesarepozzo.it)

## FRIULI VENEZIA GIULIA

Via Giustiniano, 8  
34133 TRIESTE  
Tel. 040.367811  
Fax 040.3726001  
[friuli@mutuacesarepozzo.it](mailto:friuli@mutuacesarepozzo.it)

## LAZIO

Via Cavour, 47  
00184 ROMA  
Tel. 06.47886742  
06.4815887  
Fax 06.47886743  
[lazio@mutuacesarepozzo.it](mailto:lazio@mutuacesarepozzo.it)

## LIGURIA

Via E. De Amicis, 6/2  
16122 GENOVA  
Tel. 010.5702787  
Fax 010.5452134  
[liguria@mutuacesarepozzo.it](mailto:liguria@mutuacesarepozzo.it)

## LOMBARDIA

Via Venini, 1  
20127 MILANO  
Tel. 02.66726410  
Fax 02.66726414  
[lobardia@mutuacesarepozzo.it](mailto:lobardia@mutuacesarepozzo.it)

## MARCHE

Via G. Marconi, 227  
60125 ANCONA  
Tel. 071.43437  
Fax 071.2149015  
[marche@mutuacesarepozzo.it](mailto:marche@mutuacesarepozzo.it)

## MOLISE

Via Garibaldi, 67/69  
86100 CAMPOBASSO  
Tel. 0874.482004  
Fax 0874.494098  
[molise@mutuacesarepozzo.it](mailto:molise@mutuacesarepozzo.it)

## PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Via Sacchi, 2 bis  
10128 TORINO  
Tel. 011.545651  
011.5579272  
Fax 011.5189449  
[piemonte@mutuacesarepozzo.it](mailto:piemonte@mutuacesarepozzo.it)

## PUGLIA

Via Beata Elia di S. Clemente, 223  
70122 BARI  
Tel. 080.5243662  
080.5730206  
Fax 080.5211661  
[puglia@mutuacesarepozzo.it](mailto:puglia@mutuacesarepozzo.it)

## SARDEGNA

Corso Vico, 2  
07100 SASSARI  
Tel. 079.236394  
Fax 079.2010241  
[sardegna@mutuacesarepozzo.it](mailto:sardegna@mutuacesarepozzo.it)

## SICILIA

Via Torino, 27/D  
90133 PALERMO  
Tel. 091.6167012  
Fax 091.6177524  
[sicilia@mutuacesarepozzo.it](mailto:sicilia@mutuacesarepozzo.it)

## TOSCANA

Via degli Orti Oricellari, 34  
50123 FIRENZE  
Tel. 055.211806  
055.2658106  
Fax 055.296981  
[toscana@mutuacesarepozzo.it](mailto:toscana@mutuacesarepozzo.it)

## TRENTINO ALTO ADIGE

Piazza Verdi, 15 int. 4  
39100 BOLZANO  
Tel. 0471.300189  
Fax 0471.309589  
[trentino@mutuacesarepozzo.it](mailto:trentino@mutuacesarepozzo.it)

## UMBRIA

Via Nazario Sauro, 4/B  
06034 FOLIGNO  
Tel. 0742.342086  
Fax 0742.349043  
[umbria@mutuacesarepozzo.it](mailto:umbria@mutuacesarepozzo.it)

## VENETO

Via Ulloa, 5  
30175 MARGHERA (VE)  
Tel. 041.926751  
Fax 041.5387659  
[veneto@mutuacesarepozzo.it](mailto:veneto@mutuacesarepozzo.it)

\_\_\_\_ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
*dal 1877*

**SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO**

Via San Gregorio 46/48 • 20124 Milano  
C.F. 80074030158 • Tel. 02.66726.1 • Fax. 02.66726313  
*infocenter@mutuacesarepozzo.it*

**[www.mutuacesarepozzo.it](http://www.mutuacesarepozzo.it)**

